TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur RAYMOND BÉGHIN

LILLE
IMPRIMERIE G. SAUTAI
46, rue Gauthier-de-Châtillon

19[illegible]3

TITRES

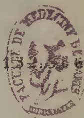
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur RAYMOND BÉGHIN





LILLE
IMPRIMERIE G. SAUTAI
46, rue Gauthier-de-Châtillon
—
1933

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TITRES

du

Docteur Raymond BÉGHIN

— 1932 —

TITRES UNIVERSITAIRES

Moniteur de Clinique Obstétricale
(1923-1925) (1929-1932)

Docteur en Médecine
(14 Janvier 1925)

Chef de Clinique Obstétricale
(1925-1929)

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hopitaux (n° 1 au concours de 1920)

Interne des Hopitaux (n° 3 au concours de 1923)

Médecin-Chef du Centre de dépistage
de l'Hérédo-Syphilis
a la
Consultation pré-natale
de la Maternité de l'Hopital de la Charité
(depuis 1929)
(Création du Ministère de l'Hygiène)

ACTIVITE SOCIALE

Médecin consultant de la Mutuelle Familiale du Textile de la région du Nord (depuis 1925), chargé des consultations prénatales et des nourrissons

Médecin consultant de la Mutuelle Interprofessionnelle de Lille (depuis 1925)
Chargé des consultations prénatales

Accoucheur-Consultant de la Maternité des Hospices de Seclin (depuis 1930)

TITRES HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lille

Prix de fin d'année 1921 (Concours)

— 1922 »

— 1923 »

Subvention Philippart 1925 (attribuée sur titres)

Membre Titulaire de la Société
d'Obstétrique et de Gynécologie
de Lille (depuis 1925)

Membre de la Société de Médecine du Nord
(Mémoire de Candidature 1925)

Membre du Comité
de Rédaction de « l'Echo Médical du Nord »
(depuis 1925)

ENSEIGNEMENT

Démonstrations pratiques et conférences
a la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lille (1923 à 1933)
(Service de M. le Professeur Bué)

Conférences d'internat
(Questions de garde d'accouchement)
(1925 à 1929)

Cours de puériculture aux infirmières
de l'Union des Femmes de France (1928 à 1931)

Conférences de perfectionnement
au Syndicat des Sages-Femmes du Nord
(1925 et 1926)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES



COMMUNICATIONS A LA SOCIETE D'OBSTETRIQUE ET DE GYNECOLOGIE

Réunions de Lille

Œdème aigu du poumon au début du travail. — (*Bull. de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*, 1925, n° 6 : Séance du 25 Février 1925).

Trois cas de môle hydatiforme. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie* 1925, n° 9 : Séance du 28 Octobre 1925).

Accouchement spontané après césarienne et symphysiotomie chez une hérédo-syphilitique atteinte d'hémichorée avec hémiathétose. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie d'Avril* 1926 : Séance du 23 Décembre 1925).

Grossesse extra-membraneuse. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Janvier* 1927 : Séance du 28 Avril 1926).

Fibrome Prœvia-Hystérectomie après césarienne. – (en collaboration avec le Docteur Paquet). — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Février* 1927: Séance du 22 Décembre 1926).

Trois observations de rupture utérine après césarienne antérieure. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Janvier* 1928 : Séance du 26 octobre 1927).

Apoplexie utéro-placentaire. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie d'Avril* 1928 : Séance du 21 Décembre 1927).

Accouchement selon la méthode de Delmas chez une éclamptique. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie d'Octobre* 1928 : Séance du 27 Juin 1928).

Dystocie par rétention d'urine fœtale. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie, Avril* 1930 : Séance du 30 Octobre 1929).

Cardiopathie et grossesse de 4 mois. - Avortement provoqué. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie,* Avril 1930 : Séance du 30 Octobre 1929).

Accouchement sous rachianesthésie pour accès éclamptiques. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie,* Avril 1930 : Séance du 30 Octobre 1929).

Un cas de môle hydatiforme. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie,* Novembre 1932, n° 9 : Séance du 28 Septembre 1932).

Césarienne basse pour fracture du bassin. — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie,* Novembre 1932, n° 9 : Séance du 28 Septembre 1932).

Œdème aigu du poumon au début du travail. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 25 Février 1925.

J'ai l'honneur de vous rapporter l'observation d'une malade que nous avons recueillie dans le service de notre Maître M. le Professeur Bué.

Il s'agit d'une primipare de 20 ans que nous voyons pour la première fois à la consultation de l'Hôpital de la Charité le 31 janvier dernier. Elle nous frappe alors par sa dyspnée et sa toux. Nous trouvons en plus d'une grossesse de huit mois environ des signes de bronchite généralisée avec un souffle cardiaque très net. Nous conseillons à la malade d'entrer dans le service le plus vite possible. Elle entre au dortoir des attendantes le lundi 2 février.

Nous la retrouvons le 3 février. Nous apprenons alors qu'elle a fait une hémiplégie droite à l'âge de 7 ans sans phénomènes du côté de la face et devant être rattachée probablement à une paralysie infantile. En 1921 elle aurait eu une bronchite généralisée avec atteinte assez sérieuse de l'état général et en 1922 une légère albuminurie.

Depuis un mois environ cette femme, qui toussait tous les hivers, présente une toux persistante, quelques points de côté très vagues avec expectoration muqueuse peu abondante, ces signes pulmonaires se doublent de dyspnée et de palpitations qui n'ont cessé d'augmenter jusqu'à ce jour et qui s'exaspèrent dans le décubitus dorsal.

A l'examen nous nous trouvons en face d'une femme, petite, maigre, avec état général plutôt précaire et enceinte de huit mois environ. (Dernières règles du 1er au 5 juin. Utérus de 33 centimètres de hauteur. Fœtus vivant en présentation du sommet non engagé en droite transverse).

Au niveau de l'appareil respiratoire nous trouvons : une accélération des mouvements respiratoires, submatité du sommet droit et des deux bases. Vibrations vocales exagérées au niveau du sommet droit. Gros râles de bronchite, ronchus et sibilants disséminés sur toute la hauteur des deux poumons. Les bases sont le siège de sibilants fins sans râles humides en aucun point.

Au cœur l'auscultation nous révèle un souffle systolique très net de la pointe en « jet de vapeur » se propageant vers l'aisselle gauche et appréciable encore au niveau de la région interscapulo vertébrale. Dans la région apexienne existe aussi un souffle présystolique beaucoup moins net que le précédent et n'offrant pas le même timbre. Il n'existe pas de dédoublement du second bruit. Un léger roulement diastolique est entendu d'une façon inconstante. Aux autres orifices on ne note rien de particulier. Le rythme du cœur est à peu près normal entrecoupé de quelques rares extrasystoles.

Le pouls est à 92 bien frappé.

La tension artérielle prise au Pachon nous donne les chiffres suivants :

Mx = 12

Mn = 7

Indice = 3.

La hauteur de la matité hépatique est normale. Il n'existe pas d'oedème périphérique.

La diurèse est normale. Pas d'albuminurie. La température oscille entre 37° et 37°5.

En résumé il s'agit d'une insuffisance mitrale avec léger degré de rétrécissement doublé de phénomènes bronchitiques.

Nous prescrivons le repos absolu au lit, révulsion par ventouses au niveau des deux poumons. Tonicardiaques (spartéine, camphre) et antispasmodiques (belladone et codéine à petites doses).

Le 3 et le 4 février nous revoyons la malade qui s'améliore. Le pouls est à 85, la dyspnée est disparue, il persiste une toux légère sans expectoration.

Brusquement le 5 février à midi la malade présente une crise typique d'oedème aigu du poumon caractérisée par une dyspnée intense, une toux continue et quinteuse avec expectoration abondante, mousseuse, saumonée, la cyanose est très marquée, l'angoisse extrême. L'auscultation montre l'existence de râles humides très fins couvrant toute l'étendue des deux poumons en partie couverts par les ronchus et les sibilants des jours précédents. La tachycardie est extrême mais le pouls est régulier bien que très rapide.

La malade est amenée à la salle de travail et traitée par des inhalations d'oxygène et des piqûres d'huile camphrée.

On constate alors un début de travail. Quelques vagues douleurs lombaires, un effacement complet du col et début de dilatation.

Au bout de 20 minutes la crise s'est beaucoup améliorée et le travail progresse.

A 12 heures 40 l'interne rompt les membranes et la dilatation étant complète à 16 heures 15, il termine l'accouchement par une application de forceps. Immédiatement après l'accouchement l'état de la malade s'améliore encore, la respiration se calme, le pouls est bon, bien frappé à 100 environ. A 16 heures 50 la délivrance est faite normalement et tout danger semble être conjuré.

Une demi-heure après la femme se met à perdre du sang rouge sans caillot, hémorragie légère mais continue malgré une rétraction parfaite de l'utérus. L'état général s'aggrave, le pouls devient incomptable, le faciès pâlit, un état lipothymique s'installe malgré les injections chaudes et l'ergotine.

A 18 heures l'interne pratique un tamponnement vaginal et jugule l'hémorragie. La malade est réchauffée et reçoit éther et huile camphrée.

La nuit se passe sans incident.

Le lendemain matin, le pouls est à 90, la température à 37°2, l'état général est relativement satisfaisant. Le tamponnement est enlevé, l'hémorragie a cessé. Nous instituons alors le traitement digitalique à raison de 10 gouttes de digitaline cristallisée au 1/1000me par jour.

Le 7, le 8, le 9 février l'état de la malade devient de plus en plus sérieux : les râles pulmonaires persistent, le cœur présente une tachycardie à 130 pour atteindre 150 le 9 février. Le foie déborde de 4 travers de doigt le rebord des fausses côtes ; la tension est descendue à :

Mx = 10

Mn = 6

Indice = 1.

Oligurie à 250 grammes. Température 38°2.

Mais le 10 au matin une amélioration rapide s'est dessinée. Pouls descendu à 100. Foie à 2 travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Diurèse 2 lit. 500.

Le 12 février la digitale est supprimée ; l'état de la malade s'améliore de jour en jour et elle quitte la maternité le 19 février en état d'équilibre cardiaque satisfaisant.

Cette observation nous a paru intéressante à cause de la brutalité de l'oedème aigu du poumon apparu au début du travail sans signes préalables — de l'hémorragie de la délivrance probablement d'origine cervicale et enfin des accidents du post-partum heureusement jugulés par la digitale. Il s'agit en somme d'une observation typique d'accidents liés à une insuffisance cardiaque tels que nous les concevons actuellement à la suite de Vaquez, Lian, Aubertin.

Trois cas de môle hydatiforme. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 28 Octobre 1925.

A la suite de l'observation de M. DUVILLIER, nous rapportons à la Société 3 cas de môle hydatiforme. Deux de ces observations ont été recueillies dans le service de M. le professeur BUÉ à la Maternité de la Charité ; nous devons le troisième à l'obligeance de M. le Docteur VIENNE, de Bouchain qui voulut bien nous adresser avec la pièce anatomique un compte-rendu des circonstances cliniques s'y rapportant.

Il s'agit dans le premier cas d'une femme de 26 ans envoyée à la Maternité, le 8 janvier 1925 avec le diagnostic de placenta prœvia.

Cette femme a eu deux grossesses en 1922 et 1923 terminées à terme sans accident. Ces deux enfants sont bien portants, sans tare d'aucune sorte. Elle même ne présente aucune particularité pathologique ; elle fut réglée à 13 ans toujours très régulièrement. Depuis son dernier accouchement, qui remonte au 18 mars 1923, elle déclare avoir eu des mentruations très régulières ayant persisté au cours de la lactation, elle n'a noté aucune modification, quant à la durée, la fréquence et l'abondance de ses règles.

Cinq semaines avant son entrée dans le service, la malade dit avoir présenté des métrorragies peu abondantes, se produisant spontanément sans douleur d'aucune sorte à intervalles réguliers ; ces pertes sanguines seraient apparues deux jours après l'arrêt des règles.

Le samedi qui précéda son admission apparurent des douleurs abdominales rappelant vaguement les douleurs de l'accouchement. Un médecin consulté à cette époque diagnostiqua une grossesse de 4 mois 1/2 ; la malade elle-même avait été frappée du développement rapide de son abdomen. Ces douleurs persistèrent le dimanche et le lundi s'accompagnant de pertes sanguines intermittentes. Le mercredi matin survint une hémorragie telle qu'un tamponnement vaginal fut nécessaire.

En entrant à la Maternité la malade présente un syndrôme d'hémorragie aiguë avec pouls à 125, petit. L'utérus dont le fond est à 25 centimètres de la symphyse pubienne est relativement dur. La femme continue à se plaindre de douleurs lombo-abdominales ; la palpation gênée par les contractions utérines ne permet pas dans l'intervalle de celles-ci de sentir les parties fœtales. On perçoit cependant une certaine irrégularité de consistance des diverses parties de l'utérus.

Subitement l'hémorragie reparait à la vulve en même temps que les phénomènes généraux s'accentuent. Au toucher on trouve un vagin rempli de caillots sanguins, une dilatation du col comme 50 centimes, l'index introduit dans l'orifice cervical tombe sur une masse molle, irrégulière, saignante, ne donnant nullement l'impression tactile d'un placenta. Soupçonnant alors l'existence d'une môle, nous déchirons une partie de cette masse, 5 ou 6 petites vésicules sont ainsi extériorisées et permettent d'affirmer le diagnostic de môle hydatiforme.

Nous décidons de vider l'utérus au plus vite. Sous anesthésie générale à l'éther, nous pratiquons la dilatation du col, d'abord au moyen de bougies, puis digitalement, 4 doigts introduits dans l'utérus tombent au sein d'une masse villeuse, nous explorons la paroi utérine tout en décollant la môle, ce décollement se fait rapidement ; une masse de vésicules de 7 à 800 grammes est ainsi extraite. Ce curage est suivi d'un curettage de la cavité utérine au moyen de la grande curette de Wallich, et d'une curette plus petite, mais mousse.

« 2me grossesse à 25 ans, accouchement normal, enfant « bien portant.

« 3me grossesse, date des dernières règles : 4 septembre « 1924. Quelques malaises généraux comme aux précé- « dentes grossesses, pas d'albumine ni sucre dans les « urines.

« Mme B... vient me consulter pour la première fois « vers le 5me mois de sa grossesse, parce que, contraire- « ment aux autres fois « elle ne sent pas bouger ». L'exa- « men permet de relever tous les signes classiques de « probabilité de grossesse. La date de point de départ de « la grossesse est contestée, le fond de l'utérus se déli- « mitant nettement à la hauteur correspondant à 3 mois « de gestation.

« Le second examen qui a lieu un mois après le pre- « mier permet d'affirmer la mort de l'embryon bien qu'il « n'y ait pas eu de montée laiteuse. L'utérus n'a pas « augmenté de volume.

« Les examens successifs ont lieu chaque mois jusqu'en « mai 1925, les constatations faites au cours de ces exa- « mens sont identiques aux précédentes. L'utérus con- « serve toujours le même volume.

« Le 10 Mai 1925 se produit une perte de sang, insi- « gnifiante, sans douleur, sans contraction utérine. Le « repos au lit fait tout rentrer dans l'ordre.

« Le 25 Juin nouvel écoulement de sang plus abondant « avec expulsion de débris membraneux. Cette perte de « sang cesse après 12 heures de repos au lit.

« Le 18 Juillet 1925, 10 mois 1/2 après l'apparition des « dernières règles s'établit un travail régulier avec con- « tractions utérines douloureuses intermittentes, sans hé- « morragie ; spontanément une môle hydatiforme d'as- « pect tout à fait spécial est expulsée.

« Suites de couches normales, pas de montée laiteuse. « Les règles sont réapparues cinq semaines après l'expul- « sion, puis en septembre, 28 jours après les premières.

« L'examen complet de cette femme, le 25 septembre, « n'a rien constaté de pathologique, ni du côté de l'uté- « rus, ni du côté des annexes, l'état général est excel- « lent. ».

La pièce anatomique que nous avons reçue deux jours après son expulsion est une môle cavitaire, encapsulée et momifiée. Il est évident, d'après l'observation, que cette môle est morte in utéro, que pendant près de huit mois il y eut « rétention de môle morte ».

Cette môle de la grosseur d'un poing était de couleur gris chamois, les vésicules étaient dépourvues de liquide, mais avaient conservé leur morphologie générale, un peu plus grosses qu'une tête d'épingle ; disposées en chapelet, elles étaient flétries et ratatinées. Au centre de l'ensemble existait une cavité de 10 à 15 centimètres cubes parfaitement lisse et circonscrite par un amnios net. Au dessous de cet amnios un caillot sanguin pouvait faire croire à première vue à un embryon. En aucun point, nous n'avons trouvé une trace de fœtus.

Enfin toute la môle était entourée par une véritable capsule translucide au travers de laquelle on apercevait les vésicules. Il a fallu inciser cette gaine pour se rendre compte de la nature de cet œuf expulsé en masse. Cette capsule paraissait parfaitement lisse et ne semblait pas avoir adhéré d'une manière particulière à la paroi utérine. Depuis le 20 Juillet cette môle conservée dans l'eau formolée, n'a pas changé d'aspect si ce n'est sa coloration qui est pâlie. En un mot il s'agit bien d'une môle encapsulée, cavitaire, non embryonnée, expulsée en masse, sans hémorragie, après avoir subi une véritable momification.

***

Ces trois cas de môle hydatiforme nous ont paru intéressants à rapporter à plusieurs points de vue :

1° Le fait d'avoir rencontré quatre cas de môle hydatiforme en 2 mois 1/2 est curieux et confirme une fois de plus cette loi des séries si souvent vérifiée en clinique.

2° La rareté des môles cavitaires encapsulées ayant subi la momification.

3° A cause du traitement de ces môles. Le curettage est certainement une méthode intéressante, puisqu'elle nous a permis de terminer au mieux deux grossesses môlaires avec accidents hémorragiques. Cependant cette opération présente deux inconvénients :

a) Le curettage est dangereux en raison de l'inégalité de résistance et d'épaisseur de la paroi utérine. Quand on a pu apprécier au travers de la paroi abdominale la facilité avec laquelle on perçoit la curette derrière une paroi utérine extrêmement mince, on se rend compte de la délicatesse de l'intervention. C'est pour cette raison que Fabre conseillait de faire un simple curage digital et que J. L. Faure préconise le curettage dix ou douze jours après le curage digital alors que le muscle est devenu assez résistant pour supporter l'intervention. Mais le curage digital seul est-il suffisant pour vider complètement l'utérus et ne faut-il pas craindre, étant donné la rétention des débris molaires, soit l'infection, soit l'hémorragie qui se reproduit presque fatalement si l'utérus n'est pas absolument vidé.

b) Le curettage est aveugle, il est incapable de déceler une môle perforante ou une transformation maligne de la tumeur, même lorsqu'il est suivi d'une exploration manuelle de la cavité utérine ; je rappelle à ce sujet l'article de M. Courty dans le « *Bulletin des Sciences Médicales de Lille* », du 18 Janvier 1925, concernant deux curettages ayant suivi l'expulsion de môle. M. Courty demande qu'un examen histologique des débris ramenés par la curette, soit fait systématiquement. Comme nous le fit remarquer M. le Professeur Bué, nous ne croyons pas qu'il existe un terme histologique affirmant la transformation maligne de cette tumeur, l'aspect de l'épithélium chorial normal ayant facilement figure d'épithéliome. Nous croyons donc que les débris extraits par curettage soient insuffisants pour cet examen ; ce sont les rapports des éléments choriaux avec le muscle utérin qui importent et non des images histologiques tellement voisines les unes des autres que la distinction est difficile ; d'autant plus que la môle dissécante a un aspect absolument identique à celui de la môle banale.

4° Le cas de M. Duvillier montre que l'hystérectomie peut être discutée dans certaines formes clini-

ques de môle hydatiforme. Disons de suite que l'opinion de SOLOVIS qui veut que toute môle soit traitée par hystérectomie est absolue et le curettage est sans conteste l'intervention classique qui s'applique le plus souvent. L'hystérectomie peut être discutée et même s'imposer d'emblée dans les cas d'hémorragie grave nécessitant une hémostase immédiate alors que l'utérus ne présente pas ou peu de contractions ; elle peut être faite également chez une malade âgée multipare chez laquelle la transformation maligne est plutôt à craindre et la suppression de l'utérus sans inconvénient. Elle a l'avantage de tranquiliser complètement le médecin qui, en appliquant le curettage, éprouve toujours une certaine angoisse en ce qui concerne l'intégrité de l'utérus et l'avenir de la malade. Enfin l'hystérectomie ne se discute pas lorsque la môle est maligne, que cette malignité soit prouvée immédiatement ou par l'évolution ultérieure.

Accouchement spontané après césarienne et symphysiotomie chez une hérédo-syphilitique atteinte d'hémichorée avec hémiathétose. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 23 Décembre 1925).

Il s'agit d'une tertipare de 30 ans entrée dans le service de M. le Professeur BUÉ, le 30 Septembre 1925.

Son interrogatoire est des plus intéressants : sa mère est morte d'affection stomocale mal déterminée ; son père est inconnu ; elle-même naquit prématurément à 7 mois 1/2. Pendant toute sa première enfance elle présenta des troubles digestifs doublés de phénomènes nerveux essentiellement caractérisés par des convulsions ; peu après s'installèrent des mouvements involontaires, irréguliers et discontinus des membres supérieurs et inférieurs droits ainsi que du côté droit de la face. Ces mouvements restèrent très marqués jusqu'il y a un an environ, époque à laquelle un traitement par piqûres intraveineuses fut mis en œuvre. Cette malade a été suivie dans un dispensaire de la ville et mise au traitement antisyphilitique (réaction de

Hecht positive). En un mot, il se serait agi d'une encéphalite infantile syphilitique ayant laissé comme séquelle une hémichorée avec hémiathétose droite très améliorée par le traitement spécifique.

Le passé obstétrical de cette femme n'est pas moins intéressant : elle accoucha en 1919 à la Maternité de Lille, par opération césarienne, d'un enfant de 2 kgs 800 qui décéda à l'âge de 15 jours. Le 30 mars 1931, elle accoucha à la Maternité St-Antoine de Paris par symphysiotomie, au cours de ce second accouchement l'utérus conserva son intégrité et expulsa un enfant d'aspect normal.

La grossesse actuelle a débuté le 2 février 1925, époque des dernières règles. Pendant cette troisième grossesse elle fut traitée par novarsénobenzol intraveineux, présenta des vomissements très fréquents, avec troubles digestifs divers ; la dernière série d'intraveineuses provoqua du subictère.

A l'examen, nombreux signes d'hérédo-syphilis et de rachitisme. Il existe encore des mouvements choréo-athétosiques localisés aux doigts et à la main droite. Jeux de physionomie un peu spéciaux, du fait de mouvements choréiques légers de l'hémi-face droite. Légère inégalité pupillaire ; parole légèrement explosive, intellect absolument normal. Outre l'ictère accompagné de bradycardie et de prurit avec réaction de GMELIN positive cette malade présente de la constipation avec selles colorées normalement. Foie normal, pas d'albuminurie ni œdème, tension artérielle à 18-8 (Pachon).

L'abdomen nous montre une cicatrice de césarienne très souple non adhérente jouant parfaitement sur la face antérieure de l'utérus ; au niveau du pénil on sent par le palper un certain écartement du pubis. La grossesse est alors de 8 mois avec fœtus vivant en présentation céphalique non engagée en gauche transverse. A la fin de la grossesse le palper mensurateur indique un léger débordement de la tête fœtale. Le promontoire est accessible à 9 centimètres 5, le bassin est du type pat rachitique. En explorant la face postérieure de la symphyse on retrouve le même écartement du pubis évalué à un centimètre environ ; ce toucher rétro-pubien n'est nullement douloureux.

Le 30 Octobre, après un travail irrégulier de 26 heures, cette femme accoucha spontanément d'un enfant de 3 kilogs 400, parfaitement constitué. Les diamètres céphaliques, quelques heures après la naissance étaient les suivants :

O. F. = 11 1/2.

O. M. = 13.

B. P. = 7 1/2.

B. T. = 9.

S. O. B. = 9 1/2.

L'engagement s'était fait en gauche antérieure après dilatation complète et rupture de la poche des eaux. L'expulsion dura 40 minutes. La délivrance fut normale. Poids du placenta 570 grammes, suites de couches banales.

***

Ces cas d'accouchements spontanés ne sont pas rares après la symphysiotomie ; un certain nombre d'observations ont été rapportées par Bar, Zweigel, Franck et tout récemment par Zarate de Buenos-Ayres citant les cas d'Hernandez. Les radiographies de ces symphyses ont montré qu'il pouvait exister un écartement permanent du pubis de plusieurs centimètres très compatible avec la marche. Les ampliations permanentes du bassin après symphysiotomie font de cette intervention un traitement très intéressant des bassins limités, mais en principe le bénéfice d'une symphysiotomie intérieure est très suspect dans les cas de bassin inférieur à 8 centimètres.

Dans le cas particulier, nous pouvions escompter un accouchement spontané : lors du second accouchement, l'utérus avait fait sa preuve, et, autant qu'il est possible de le faire, nous pouvions prévoir des contractions efficaces sans gros risques de rupture au niveau de la cicatrice de césarienne ; d'autre part le cas limité du bassin agrandi par symphysiotomie antérieure nous indiquait d'attendre l'épreuve du travail.

Celle-ci fut positive sans accident ni pour la mère ni pour le fœtus ; l'application de forceps, classique dans ces cas d'utérus césarisé, ne fut même pas jugée nécessaire en raison de la progression régulière de la tête fœtale sans grosses contractions utérines chez cette femme qui avait déjà accouché une fois par les voies naturelles.

Grossesse extra-membraneuse. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie* : Réunion de Lille, Séance du 28 Avril 1926).

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Bué, une jeune femme qui présentait une grossesse extra-membraneuse.

Il s'agissait, en résumé, d'une primipare de 21 ans sans antécédents pathologiques dont la date des dernières règles était du 27 août au 3 septembre 1925. Dans le courant de novembre cette femme présenta une première hémorragie par les voies génitales, hémorragie de sang bien rouge sans caillots ne s'accompagnant d'aucune douleur elle s'était produite la nuit durant le sommeil sans éveiller la malade.

Le 23 Janvier une nouvelle hémorragie beaucoup plus importante que la première se produisit, en même temps que des douleurs lombo-abdominales vagues faisaient leur apparition. A cette date on trouve un utérus gravide de 4 mois environ, un peu dur, mais dont le col est normal, nullement entr'ouvert. Sous l'influence du repos complet au lit et des calmants, les douleurs disparaissent, les pertes sanguines diminuent, mais sans s'arrêter complètement. Pendant 22 jours la femme présente un suintement sanguinolent par la vulve et finalemest le 15 février des contractions douloureuses de l'utérus sont apparues le col se modifiant rapidement un fœtus vivant de 450 grammes est expulsé en siège complet, 4 heures après le début du travail.

La délivrance se fait simplement une demi-heure après l'expulsion.

Les suites de couches furent normales.

A l'examen du délivre, qui pèse 240 grammes on remarque que le placenta est marginé avec un sac membraneux très petit en disproportion flagrante avec le volume du fœtus. L'orifice des membranes est régulier, de la grandeur d'une pièce de 5 francs environ, les bords présentent un aspect cicatriciel particulier, l'ensemble des membranes est épaissi et inextensible. La face fœtale du placenta est normale. Quant au fœtus, il est normalement constitué et ne présente aucune anomalie.

***

Il est absolument évident que ce fœtus n'a pu être logé dans cette cavité membraneuse très réduite, il a du continuer à se développer pendant un certain temps au dehors de l'œuf, tandis que les membranes revenaient sur elles-mêmes suivant le processus étudié par Bar et signalées dans la thèse de Claize en 1899. A cette date cinq cas seulement de grossesses extra-membraneuses étaient connus ; depuis, un petit nombre d'observations sont venues se joindre à celles-là, elles restent encore très rares et c'est pour cette raison que nous avons cru intéressant de rapporter la nôtre.

Fibrome prœvia ; hystérectomie après césarienne. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie:* Réunion de Lille, Séance du 22 Décembre 1926), (en collaboration avec le Docteur Paquet).

Le 9 Août 1926 entrait à la Maternité de l'Hôpital de la Charité dans le service de M. le Professeur Bué, une femme de 41 ans, envoyée des environs pour « dystocie ».

Cette femme avait eu 4 grossesses antérieures, les deux premières terminées prématurément à 7 et 8 mois par accouchement d'enfants vivants décédés tous deux à l'âge d'un mois.

La troisième grossesse se termina à terme. L'accouchement se fit normalement : l'enfant est actuellement en excellente santé ; quant à la quatrième grossesse, elle se

termina en 1919 par un accouchement de 7 mois de deux jumeaux hydrocéphales qui moururent dans les quelques jours qui suivirent leur naissance.

Pour ce qui se rapporte à la grossesse actuelle la date des dernières règles remonte au 15 novembre 1925. Cette grossesse a évolué normalement jusque il y a 15 jours environ, époque à laquelle les mouvements actifs du fœtus cessèrent d'être perçus. Depuis 20 heures environ, les douleurs lombo-abdominales sont apparues avec les caractères des douleurs du travail.

A l'examen il s'agit effectivement d'une grossesse de huit mois 1/2 ; utérus dur au travers duquel le fœtus est difficilement perçu. Auscultation négative.

Au toucher vaginal on est frappé par l'existence, dans l'excavation, d'une tumeur du volume d'une tête fœtale environ, dure, régulière, parfaitement lisse, absolument immobile ; aucun espace libre ne permet de contourner cette tumeur ; elle est enclavée dans l'excavation et l'occupe toute entière. Le col utérin est difficilement accessible, il est rejeté vers le haut et en avant. On ne peut en apprécier les caractères qu'en repliant le doigt sous et derrière la symphyse au-dessus de laquelle il est reporté. Ce col est complètement effacé, l'orifice cervical est dilaté comme une pièce de 20 sous environ, cet orifice est elliptique, à petit axe antéro-postérieur. Au niveau de l'ouverture du col on sent une petite poche des eaux qui fait saillie. Aucune partie fœtale ne peut être atteinte par le toucher. Au toucher rectal la tumeur offre le même caractère et donne la même impression d'une tumeur fibromateuse enclavée dans l'excavation. On pose alors le diagnostic de fibrome prœvia irréductible de la grosseur d'une tête de fœtus à terme chez une femme en travail avec enfant mort.

En présence de cette situation, nous décidons d'intervenir par voie haute, nous proposant de pratiquer l'opération césarienne suivie d'hystérectomie ou de myomectomie suivant l'état de l'utérus.

A 21 heures 30, laparotomie sous et sus-ombilicale suivie d'extériorisation de l'utérus. Hystérectomie et extraction d'un fœtus macéré de 2 kgs 850.

Sur la face postérieure de l'utérus on trouve alors un fibrome de la grosseur d'un tête fœtale à large base d'implantation au centre même de cette face postérieure. Ce

fibrome ne correspond nullement à celui que nous sentions par le toucher vaginal : un second fibrome en effet reste enclavé dans l'excavation, recouvert par le péritoine au-dessous duquel il fait saillie. Après incision de ce feuillet péritonéal nous arrivons à glisser la main entre le fibrome et la paroi pelvienne et en orientant la tumeur suivant un grand diamètre du détroit supérieur nous parvenons à « accoucher » ce fibrome au moins aussi gros que le précédent. Ce second fibrome sous péritonéal est rattaché à l'utérus par un pédicule de la grosseur de l'index implanté au niveau du bord latéral droit du corps de l'utérus, dans la région d'insertion du ligament large droit. Il s'agissait donc d'un fibrome pédiculé de l'utérus inclus dans le ligament large à développement postérieur.

L'ensemble de l'utérus et les deux fibromes étant extériorisés, on pratique alors l'hystérectomie ; après hémostase assez laborieuse et péritonisation très facile, on referme la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont très simples et la malade sort de la Maternité 17 jours après l'intervention.

Trois observations de rupture utérine après césarienne antérieure. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie* · Réunion de Lille, Séance du 26 Octobre 1927).

Observation I. — B... Alphonsine, 27 ans.

Première grossesse en 1920, menée à terme. Opération césarienne le 19 Décembre 1920 pour viciation pelvienne. Bassin canaliculé légèrement asymétrique. Opération césarienne classique faite au début du travail. La suture utérine fut faite en deux plans, le premier par points séparés intéressant toute l'épaisseur du muscle, le second par surjet séro-séreux avec enfouissement de la première suture. Le catgut fut utilisé pour ces sutures. Les suites opératoires furent parfaites.

Six ans après, le 5 juillet 1926, cette femme entre à nouveau à la Maternité, elle est enceinte de 9 mois environ et en travail. Elle dit avoir présenté quelques douleurs abdominales et lombaires la veille dans l'après-midi, douleurs passagères qui, disparues, ne reprirent que dans la

matinée. Vers midi elle eut de violentes douleurs presque subintrantes et c'est à 14 heures qu'elle entre dans le service. A ce moment, les contractions utérines sont permanentes, l'utérus remonte à trois travers de doigt sous l'appendice xyphoïde, mais le palper abdominal est très douloureux, il existe une légère défense de la paroi au travers de laquelle on perçoit un pôle céphalique ; l'auscultation révèle des battements fœtaux lointains et sourds.

Nous voyons la malade une heure après ce premier examen : les douleurs ont cessé brutalement et totalement ; l'état général apparaît bon, le pouls bien frappé n'est nullement accéléré, le faciès un peu pâle traduit un certain état d'inquiétude particulier. L'abdomen est très douloureux, une paroi contracturée interdit tout palper. Le diagnostic de rupture utérine est posé et la laparotomie décidée immédiatement.

A 15 heures 30 la malade est opérée avec l'aide du Docteur Duvillier. A l'ouverture, la cavité péritonéale renferme un épanchement sanguin assez abondant. L'utérus est rompu au niveau de l'ancienne cicatrice, les bords de l'ouverture sont écartés et éversés comme après incision au bistouri, un bras du fœtus sort de l'utérus, le placenta est totalement décollé. Nous extrayons un fœtus mort de 3 kgs 600 ; l'extériorisation du placenta et des membranes est très facile. Après nettoyage rapide de la grande cavité péritonéale, nous pratiquons une hystérectomie sub totale classique.

Après l'intervention, la malade est un peu choquée, le faciès est bon, bien que pâle, le pouls est à 86, régulier.

Les suites opératoires furent normales.

Observation II. — V. J..., tertipare, 24 ans, entre le 21 juin 1927 au dortoir de la Maternité de la Charité.

Sa première grossesse s'est terminée à terme après application de forceps avec enfant vivant bien portant. Son second accouchement a eu lieu à Paris à l'hôpital Lariboisière par opération césarienne ayant donné naissance à un enfant vivant de 4 kilogs.

En ce qui concerne la grossesse actuelle les dernières règles remontent au 25-28 septembre 1926 ; elle serait donc au voisinage du terme.

A l'examen, cette femme présente des signes de rachitisme ; au niveau de l'abdomen, il existe une cicatrice médiane sus et sous-ombilicale de césarienne antérieure. L'utérus offre un grand axe transversal et le fœtus est en présentation de l'épaule en A. I. G. de l'épaule droite. Enfant vivant. Quant au bassin, il est rétréci ; c'est un bassin plat, rachitique avec diamètre promonto sous pubien de 8 centim. 1/2.

La gestante est mise au repos ; une deuxième césarienne étant en perspective au terme de la grossesse.

Le travail se déclara le premier juillet d'une manière dramatique : l'interne de garde, mandé d'urgence pour une femme « qui se trouve mal », voit celle-ci assise sur une chaise, pâle, se plaignant d'avoir « mal au cœur », aux reins et dans le ventre ; ces malaises étaient apparus brusquement, la malade s'étant levée pour uriner. L'état général n'apparaît pas mauvais aux yeux de l'interne qui la fait se rendre à pied à la salle de travail ce qu'elle fait sans difficulté. L'examen pratiqué à ce moment ne révèle rien d'anormal, sauf un léger effacement du col avec orifice interne entr'ouvert.

Nous voyons la malade une demi-heure après ce dernier examen. Elle nous frappe par son faciès pâle et inquiet, une respiration accélérée et un pouls rapide au voisinage de 100 ; par la vulve il s'écoule un peu de sang noirâtre. La palpation de l'abdomen est douloureuse, les grands droits sont en état de défense et le palper de l'utérus rendu impossible. La laparotomie est immédiatement décidée. Sous anesthésie générale, au travers des champs opératoires, le diagnostic de rupture utérine est confirmé par la perception très nette et superficielle de parties fœtales.

A l'ouverture le ventre est rempli de sang noirâtre sans caillots mélangé à du liquide amniotique. On tombe d'emblée sur le placenta, qui se trouve immédiatement sous la paroi et nous ne trouvons le fœtus que très haut en arrière dans la cavité abdominale : fœtus mort de 3 kgs 500. Quant à l'utérus, il est rétracté, petit, absolument vide, ratatiné vers l'excavation pelvienne et largement ouvert sur toute l'étendue de sa face antérieure. On procède alors à une extériorisation de toute les parties ovulaires et à un nettoyage rapide de la grande ca-

vité péritonéale. A ce moment l'état général de la malade est tel que nous décidons de terminer au plus vite par une opération de Porro. A la fin de celle-ci le pouls est à 140 mais le faciès de la malade est plus rassurant.

Traitement habituel de l'anémie aiguë.

Les suites opératoires furent parfaites, après gangrène sèche, le pédicule est tombé le 15me jour et la malade est sortie le 26me en bon état de santé.

Observation III. — Elle a trait à une de nos opérées en 1926 de césarienne qui, enceinte pour la deuxième fois, est amenée à la Maternité le 8 octobre 1927 à 6 heures du matin, dans les conditions suivantes :

Douleurs abdominales violentes.

Teint anémié.

Pouls à 100.

Température 36°5.

Vomissements verdâtres répétés.

Elle dit avoir eu ses dernières règles vers le 20 février 1927 et n'avoir rien présenté d'anormal jusqu'au 7 octobre, époque où, enceinte de 7 mois environ, elle commence à ressentir de légères douleurs généralisées à tout l'abdomen, qui sont bientôt suivies de vomissements alimentaires. Ces douleurs persistent toute la soirée, deviennent très violentes vers minuit et s'accompagnent d'un léger écoulement sanguin par la vulve. Peu après minuit les phénomènes précédents s'atténuent pour reprendre vers 4 heures du matin.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, tendu, très douloureux à la palpation, l'utérus est très mal perçu, il n'existe pas de bruits fœtaux. Au toucher le col utérin est mou sans trace d'effacement ; le bassin est généralement rétréci, le promontoire est accessible à 9 centimètres. On ne perçoit pas de partie fœtale au-dessus de l'excavation.

Peu après cet examen l'état général de la malade devient inquiétant, le pouls grimpe à 120 et s'affaiblit, le faciès devient franchement anémique et se pince de plus en plus, les vomissements se multiplient. Quant à l'abdomen, il devient extrêmement douloureux et de palpa-

tion impossible. En présence de ce tableau, le diagnostic de rupture utérine est fortement soupçonné et on décide l'intervention immédiate.

Elle a lieu sous-anesthésie générale au chloroforme. Dès l'ouverture du péritoine une grande quantité de sang pur s'échappe, mélangé à des caillots de formation toute récente. On tombe, au sein d'adhérences épiploïques sur un œuf ouvert duquel on extrait un fœtus mort de 1 kg 300 ; cet œuf a été expulsé dans la cavité abdominale, hors de l'utérus, par une brèche de 6 centimètres environ correspondant à la cicatrice de la césarienne de 1926. Ici encore l'utérus est rétracté vers le bassin, présentant sur sa face antérieure une ouverture à bords éversés comme faite au bistouri.

Nous terminons par une hystérectomie subtotale suivie d'un nettoyage rapide de la cavité péritonéale. Nous laissons un drain pour plus de sûreté duquel s'écoulera pendant 24 heures une assez grande quantité d'un mélange de sang et de liquide amniotique. Ce drain enlevé le 3me jour, la plaie abdominale se cicatrisera rapidement et la malade sortira le 23 octobre en excellente santé.

En novembre 1926 cette femme avait subi une opération césarienne classique : le placenta était inséré sur la face antérieure de la cavité utérine, les sutures utérines faites comme d'habitude en deux plans, le premier musculaire par points séparés, le second séro-séreux enfouissant le premier, le tout au catgut. Les suites de cette césarienne avaient été absolument apyrétiques et la cicatrisation rapide.

Apoplexie utéro-placentaire. — (*Société d'Obstétrique et et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 21 Décembre 1927).

Le 16 novembre dernier, je vis avec un confrère des environs une tertipare de 24 ans.

Cette femme ne présentait rien de particulier dans ses antécédents ; au cours de ses deux grossesses antérieures on aurait constaté de l'oedème des jambes avec légère albuminurie ; ces grossesses se sont d'ailleurs terminées

à terme par des accouchements normaux d'enfants vivants et actuellement bien portants.

Les dernières règles remontaient au 15-20 février dernier, et la grossesse avait évolué normalement, un examen médical pratiqué au sixième mois n'avait rien révélé d'anormal.

Le 16 novembre vers 4 heures la gestante ressentit quelques vagues douleurs dans l'hypogastre et les lombes qu'elle comparaît à celles de l'accouchement. Vers 8 heures une douleur très violente localisée à toute la région ombilicale saisit brusquement la malade qui devint pâle, presque syncopale, en même temps qu'elle éprouvait des nausées qui allèrent jusqu'aux vomissements peu de temps après.

Le confrère, consulté vers 10 heures, nota un pouls à 112, un faciès pâle, tiré, un utérus dont le volume correspondait à celui d'un utérus à terme, un état d'inquiétude particulier, mais en aucun moment la malade ne manifesta de la mauvaise humeur ou un changement notable dans son caractère habituel.

Nous voyons la malade à midi 1/2 : de suite nous sommes frappés par le faciès, qui, a pricri, implique l'existence d'une hémorragie grave, le pouls est à 110, très dépressible, la malade continue à accuser des douleurs assez fortes dans l'abdomen et les « seins », elle a présenté en tout quatre ou cinq vomissements et dit qu'elle a l'impression que son ventre a beaucoup grossi depuis la veille. A l'examen l'abdomen très développé est tout entier occupé par une tumeur dont les dimensions ont dépassé celles d'un utérus à terme, elle est très dure et donne la sensation d'un utérus en état de contracture d'une dureté uniforme et ligneuse. Il est absolument impossible de sentir aucune partie fœtale et l'auscultation est négative ; au toucher le col est entr'ouvert dans toute sa longueur, l'orifice interne admet l'extrémité de l'index qui tombe sur une tête fœtale, encore élevée offrant en apparence le volume d'une tête de fœtus à terme. Il ne s'est écoulé aucune trace de sang par les voies génitales et le doigt ne revient nullement teinté après le toucher vaginal. En présence de ce tableau nous posons le diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Peu après, une analyse des urines préle-

vées par cathétérisme montrait l'existence d'une forte albuminurie.

La malade fut transportée dans le service de notre Maître le Professeur BUÉ où nous l'opérâmes d'urgence avec l'aide du Docteur Duvillier.

Anesthésie générale au Schïeich.

Laparotomie médiane sous et sus-ombilicale.

Dès l'ouverture de l'abdomen l'utérus apparaît énorme et noirâtre, aucune trace de sang dans la cavité péritonéale. Dès que l'utérus fut ouvert, il s'écoula par la brèche une grande quantité de sang partiellement coagulé qu'on put évaluer à un litre 500 environ, presque la totalité du placenta était décollé et l'œuf, non ouvert, renfermait un fœtus mort de 3 kilogs ; la mort du fœtus ne semblait pas remonter à plus de quelques heures. Etant donnés l'état apoplectique de l'utérus et celui de la malade qui était très anémiée, nous décidâmes de terminer au plus vite par un Porro.

Les suites opératoires ont été bonnes. A signaler pendant les 4 premiers jours une persistance de l'accélération du pouls qui se maintint au-dessus de 110 et une ascension termique à 40° le 4me jour suivie le lendemain d'une chûte à 38°, et les jours suivants à 37°. L'albuminurie persista pendant 9 jours avec diurèse progressivement croissante. Durant les cinq premiers jours, nous avons remarqué l'état spécial de l'opérée dû non seulement à l'anémie, mais aussi à l'intoxication qui se traduisait par une forte céphalée, quelques troubles visuels, de la somnolence, une idéation très restreinte et une indifférence anormale.

A partir du 7me jour tous ces phénomènes disparurent, le moignon utérin tombe le 16me jour et le 18 décembre la malade sortait de la Maternité dans de très bonnes conditions de santé.

L'examen de la pièce ne manquait pas d'intérêt, il nous a montré que l'utérus présentait au niveau de la région d'insertion du placenta une vaste ecchymose violacée et noirâtre, occupant toute l'épaisseur du muscle mais surtout accusée au niveau des zones sous-péritonéales. Quant au placenta il offrait une teinte rouge noirâtre avec quelques infractus rouges. Le fœtus ne présentait rien d'anormal.

Accouchement selon la méthode de Delmas chez une éclamptique. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 27 Juin 1928).

Le 31 Mai dernier entra dans le service de M. le Professeur Bué une multipare de 34 ans envoyée des environs de Lille avec le diagnostic d'éclampsie.

Cette femme raconta qu'elle avait présenté dans le courant de la nuit une crise nerveuse, qu'elle était enceinte de huit mois 1/2 environ, qu'aucun accident n'avait troublé l'évolution de sa grossesse et que plusieurs analyses d'urine pratiquées depuis 2 mois n'avaient nullement révélé d'albumine. Depuis une huitaine de jours cependant elle avait vu apparaître un gonflement de plus en plus marqué des jambes, des cuisses puis des grandes lèvres. Dès l'abord cette femme nous frappe par un œdème très marqué des jambes, de la vulve, des mains et de toute la face en même temps que nous remarquâmes un subictère des conjonctives. La tension artérielle était très élevée : 31 de maxima et 16 de minima au Pachon (simple brassard), un peu d'urine prélevée par cathétérisme décela l'existence d'une grosse quantité d'albumine (près de 20 grammes au tube d'Esbach). Au cours même de notre examen la malade présenta deux crises d'éclampsie absolument typiques. Nous pratiquâmes alors une saignée de 800 grammes à la suite de laquelle la tension tomba à 17 maxima et 9 minima. L'examen obstétrical nous montra l'existence d'une grossesse au voisinage du terme, mais le gros œdème de la paroi abdominale rendait le palper et l'auscultation absolument négatifs. Le col utérin était intact. Après la saignée et plusieurs lavements purgatifs suivis de lavements chloralés, la malade sortit de son coma et passa une après-midi relativement calme. Vers 20 heures une nouvelle crise d'éclampsie très violente se manifesta avec une brutalité et une intensité telles que la malade tomba hors de son lit ; cette crise fut suivie d'un coma d'une heure environ, puis de demi-coma qui dura jusque vers minuit. A partir de ce moment les crises se répétèrent assez fréquemment et la malade retomba dans un coma profond avec stertor.

Le matin l'œdème vulvaire était beaucoup diminué mais les crises convulsives se répétaient plus fréquemment, le

pouls était à 100, la tension de 19-9 au Pachon, la diurèse était insignifiante et l'albuminurie toujours énorme, la température atteignait 38°2, le sub-ictère de la veille était devenu un ictère vrai.

En présence de ce tableau clinique dont le pronostic était sombre on résolut d'accoucher la femme. Mais le travail étant à peine commencé le col étant encore complètement fermé, M. le Professeur Bué résolut de mettre en œuvre la méthode récemment décrite par le Professeur Delmas. Avec l'aide du Docteur Duvillier nous pratiquâmes une ponction lombaire qui, dans le cas particulier fut très difficile par suite de l'œdème très marqué de la région lombaire qui nous masquait tous les points de repère. Nous réussimes cependant à trouver le canal rachidien duquel nous retirâmes 8 cc³ d'un liquide clair « eau de roche » hypertendu nous injectâmes ensuite 3cc³ de la solution de scurocaïne à 4 % après barbotage dans la seringue. Durant cette petite intervention nous eumes la chance que la femme n'eut pas de crise convulsive.

Six minutes après l'injection intrarachidienne nous introduisimes la main dans le vagin, le col utérin qui était en voie d'effacement admit le doigt dans sa cavité, ce doigt réussit à franchir l'orifice interne avec une aisance remarquable, deux doigts, puis trois furent ensuite introduits et le col se laissa ouvrir avec une extrême facilité. La main introduite peu à peu dans l'orifice cervical n'éprouva aucune résistance et passa dans l'utérus sans avoir jamais l'impression de forcer aucun obstacle. On procéda alors à une version par manœuvres internes, le fœtus évolua in-utero avec une très grande facilité et l'extraction se termina sans qu'un véritable effort fut nécessaire. Cet enfant, parfaitement sain, se mit à crier peu après son extraction.

La durée totale de l'intervention fut de 8 minutes.

Cinq minutes après l'accouchement la délivrance se fit presque spontanément dans des conditions absolument normales, la rétraction utérine se fit parfaitement et la malade ne présenta aucune hémorragie. Notons qu'aucune crise convulsive ne vint nous troubler au cours de cet accouchement. Dans le courant de la journée il y eut encore trois crises convulsives, la malade resta dans le coma jusque vers minuit, coma dont elle était complè-

tement sortie le lendemain matin, les mouvements des membres inférieurs étaient réapparus environ dix heures après la ponction et la malade urina le soir même de l'intervention.

Les suites de couches immédiates furent parfaites, la diurèse se rétablit, l'œdème disparut en 48 heures et tout semblait vouloir s'arranger jusqu'au matin du 3me jour où le transfert de la malade à la clinique psychiâtrique fut jugée nécessaire à cause de manifestations vésaniques dangereuses. Actuellement l'état psychique s'est beaucoup amélioré et l'on prévoit pour bientôt le départ de la malade.

***

Nous nous permettrons quelques remarques au sujet de cette observation.

1° La méthode de Delmas mise en œuvre ici a été couronnée d'un véritable succès. Elle nous a permis :

a) de terminer l'accouchement dans des conditions très faciles sans provoquer de nouvelles crises à l'occasion des manipulations au niveau du col utérin.

b) d'obtenir vivant et sans traumatisme un enfant dont la viabilité était compromise du fait de l'intoxication maternelle.

c) de terminer rapidement une grossesse toxique pour la mère, d'enrayer ainsi le processus éclamptique et d'améliorer le pronostic.

2° La rachicocainisation provoque un relâchement complet du périnée, du vagin, du col et du segment inférieur et si on parle du « silence abdominal » lors des rachianesthésies au point de vue chirurgical on pourrait également parler du véritable silence cervico segmentaire au point de vue obstétrical.

La dilatation du col s'est produite ici d'une manière continue, sans-à-coups, sans effort, avec une régularité parfaite. La version s'est opérée sans aucune résistan-

ce, le périnée enfin s'est laissé dilater avec une extrême complaisance sans déchirure ni éraillure pour un enfant de 3 kgs 100 extrait rapidement.

3° La méthode de Delmas nous apparaît comme devant être mise en œuvre chaque fois que, pour une raison majeure, l'accouchement doit être terminé rapidement. Nous la croyons susceptible de rendre de notables services aux accoucheurs, mais elle ne constitue pas, à notre avis, une méthode universelle applicable à tous les cas. Jusqu'à plus ample informé elle sera une méthode d'exception dont il conviendra de discuter l'opportunité car elle a pour base la rachianesthésie qui est elle-même l'objet de controverses telles que nous ne pouvons ici en faire le procès. La discussion des applications de la méthode de Delmas revient donc à celle de la rachianesthésie. Or, la rachianesthésie a donné tant de mécomptes et d'accidents graves que c'est toujours en tremblant que nous ferons une injection de cocaïne ou de produits similaires dans un canal rachidien.

Dystocie par rétention d'urine fœtale. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 30 Octobre 1929).

Il s'agit d'une secondipare de 35 ans dont la première grossesse fut normale et l'accouchement eutocique.

Réglée pour la dernière fois du 28 au 31 octobre 1928, cette femme nous dit être entrée en travail, la veille 6 juillet, vers 23 heures, la poche des eaux se serait rompue peu de temps après.

A l'examen de cette parturiente on trouve, pendant hors de la vulve, les deux membres inférieurs du fœtus, ils sont ecchymotiques, œdématiés, les pieds sont à peu près décollés des articulations tibio-tarsiennes, l'utérus est encore gros, son fond est à 28 centimètres de la symphyse pubienne, il est le siège de contractions et sa consistance est normale dans leurs intervalles, la tête fœ-

tale est sentie dans le fond et à gauche de l'utérus, l'auscultation du cœur fœtal est absolument négative. En présence de cette situation nous pensons immédiatement à un excès de volume de l'abdomen du fœtus (ascite ou rétention d'urine fœtale, tumeur sacro-coccigienne, rein polikystique ou autre malformation).

Sous anesthésie générale au chroroforme nous pratiquons un toucher profond qui permet de nous rendre compte que la dilatation est complète et que l'abdomen du fœtus est exagérément gros, occupant à lui seul tout le segment inférieur, remontant même au dessus de l'anneau de contraction et retenu au dessus du détroit supérieur. Le diagnostic étant posé le traitement en découle facilement et nous pratiquons au trocart une perforation de l'abdomen fœtal au ras de sa symphise pubienne. Il s'écoule alors un liquide limpide citrin. Après écoulement de 300 grammes environ de ce liquide on s'aperçoit que le siège du fœtus progresse dans les voies génitales maternelles et nous pouvons extraire très facilement un enfant du sexe féminin de 2 kgs 900, mort. L'abdomen de cet enfant est très volumineux, mais flasque, il existe encore dans cette cavité au moins autant de liquide que la ponction en a retiré, le thorax est réduit à quelques centimètres de hauteur et l'ensemble du fœtus offre bien la ligne du « porteur de grosse caisse » pour reprendre la comparaison de BRINDEAU.

Peu après cette extraction, il se produit une hémorragie utérine assez abondante et nous pratiquons une préhension manuelle du délivre suivie d'une injection intra utérine et d'une piqûre d'ergotine.

Etant donné les dangers d'infection en raison des manœuvres faites chez cette femme au dehors du service, nous injectons sous la peau 12 centigrammes de sulfarsénol à titre prophylactique. Le délivre pèse 1.000 grammes, le placenta est œdématié, il offre une consistance molle et présente des sillons intercotylédonaires très profonds.

Les réactions de WASSERMANN et de HECHT pratiquées dans le sang du cordon et de la mère sont demeurées négatives.

Les suites de couches furent fébriles. Température 39° les 2me et 3me jours avec pouls à 120. Les jours suivants



la température descendit progressivement ainsi que le pouls ; le 6me jour la température était tombée à 37° et le pouls à 80. La malade sortir le 13me jour complètement guérie.

Voici le compte rendu nécropsique de l'enfant, fait le 10 Juillet 1929 :

A l'incision de l'abdomen, on trouve une vessie très volumineuse, plus grosse qu'une tête de fœtus à terme, elle ne contient plus qu'une faible quantité de liquide, elle adhère à la paroi antérieure de l'abdomen jusqu'au niveau de l'ombilic, l'aurac est donc confondu avec la vessie. La paroi vésicale est épaisse et musculeuse, la muqueuse présente quelques zones congestives, l'orifice urétral de la vessie est facilement visible, mais une petite sonde est incapable de la cathétériser ; le cathétérisme par la vulve est impossible ; la dissection de l'urètre n'est possible que sur une longueur de un centimètre 1/2 : plus bas l'urètre se perd dans les tissus pelviens. Les deux uretères sont volumineux, on remarque à travers le péritoine leurs nombreuses flexuosités, à la dissection ils présentent une longueur de 15 centimètres.

Les deux reins sont extraits, ils sont volumineux, aplatis et flasques, à l'incision on remarque qu'ils sont constitués par une volumineuse poche d'hydronéphrose distendant le bassinet et le calice, le parenchyme rénal est réduit à une faible couche de 2 millimètres environ. Le reste de l'examen est négatif : pas de malformation des organes génitaux, foie et rate normaux.

*
**

Comme dans la plupart des observations publiées, la rétention d'urine est due ici à une athrésie de l'urètre, puisque la dissection de celui-ci nous a montré qu'il se perdait dans le tissu pelvien et que le cathétérisme en était impossible. La vessie ne pouvant se vider, toute l'urine de la vie foetale s'accumule dans cette poche au lieu de s'écouler dans la cavité amniotique. Notons aussi l'aspect oedémateux du cordon et du placenta prouvant la gêne circulatoire. L'état de surdistension des voies urinaires et la faible épaisseur

du parenchyme rénal sont également notables. Nous insisterons enfin, au point de vue clinique, sur la nécessité de pratiquer le toucher manuel profond sous-anesthésie générale de manière à se rendre compte de la nature de la dystocie et d'intervenir dès dilatation complète par ponction de l'abdomen foetal : intervention très simple à la portée de tout praticien.

Cardiopathie et grossesse de 4 mois, avortement provoqué. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille, Séance du 30 Octobre 1929).

Mme H..., J..., âgée de 38 ans, se présente à la consultation prénatale de l'hôpital de la Charité, le 3 Octobre dernier. Elle est enceinte de 3 mois 1/2 environ, la date de ses dernières règles remontant au 13 Juin 1929.

Cette femme nous frappe par son aspect qui indique un état plutôt précaire : la respiration est rapide, on note queques signes de cyanose et un pouls accéléré, l'auscultation du cœur révèle l'existence d'une grosse lésion mitrale. L'interrogatoire nous apprend que cette malade a fait un rhumatisme articulaire aigu en 1920, qu'elle a 3 enfants vivants en bonne santé dont le dernier est âgé de 11 ans. Jusqu'au début de la grossesse actuelle cette femme n'avait jamais présenté de symptômes susceptibles de faire penser à une insuffisance cardiaque.

En présence de ce tableau clinique, nous décidons d'admettre la malade dans le service des attendantes, mais malgré nos recommandations ce n'est que le 10 octobre qu'elle entre dans ce service à la suite d'accidents liés à un véritable fléchissement cardiaque : suffocation, cyanose, tendances syncopales...

Le 11 Octobre nous retrouvons notre malade présentant de la cyanose des lèvres et des extrémités, un pouls à 115 et une température à 38°5, elle se plaint d'autre part de douleurs violentes au niveau des genoux et des articulations tibio-tarsiennes ; ces articulations sont légèrement gonflées, offrent une coloration rosée et le moindre mouvement provoque une douleur très vive : le rhumatisme articulaire aigu semble donc être réapparu. Au

niveau du cœur nous notons une double lésion mitrale, les bases pulmonaires sont congestionnées, le foie offre un volume normal, il existe une oligurie certaine sans albuminurie.

Cette situation étant très alarmante, d'accord avec M. le Professeur Bué, nous décidons de provoquer l'avortement. Ce même jour nous plaçons deux sondes de Krause dans l'utérus et nous soumettons la malade à une médication salicylée (8 grammes de salicylate en potion) avec glace sur le cœur et toni-cardiaques.

La journée du 12 se passe sans incident, les phénomènes généraux et locaux restent les mêmes, les contractions utérines commencent à apparaître dans le courant de la soirée, on ne note aucune modification du col ; même dose de salicylate.

Le 13, la température augmente et atteint 39°, le pouls grimpe à 120 : la malade ne peut plus supporter le salicylate en potion ; on tente d'injecter le salicylate par voie veineuse, mais bientôt ces injections sont rendues impossibles par suite de l'obstruction des veines. En plus des signes mitraux on trouve à la base du cœur un frottement péricardique très net. Au point de vue utérin le col commence à se dilater et les contractions se font plus violentes et plus rapprochées.

Dans la nuit suivante, l'avortement se produit sans accident.

La température oscille entre 38°5 et 39°5, le pouls entre 110 et 120. La médication salicylée est faite en lavements à la dose de 12 grammes par jour (lavements de 3 grammes répétés toutes les 6 heures).

Deux jours après la température est tombée à 38°, le pouls descendu à 100. On maintient les 12 grammes de salicylate en lavements qui sont très bien supportés par la malade.

Actuellement la malade, bien que très anémiée, se trouve dans un bon état relatif, avec un pouls à 70, une température à 36°8. Elle est sortie du service prématurément le 28 Octobre alors qu'elle prenait encore 4 grammes de salicylate chaque jour.

⁂

Cette observation nous a paru intéressante à cause :

1° De l'insuffisance cardiaque dont les signes sont apparus tout-à-fait au début de la grossesse.

2° De l'évolution rapide des accidents gravido-cardiaques puisque, en une semaine de temps, la malade passe de la dyssystolie à l'insuffisance ventriculaire gauche avec tendances au collapsus cardiaque.

3° De la réapparition du rhumatisme articulaire aigu, qui, éteint depuis 9 ans, s'est réveillé au 4me mois de la grossesse.

4° Enfin à cause du traitement qui fut à la fois obstétrical et médical : avortement provoqué et médication salicylée à haute dose combinés aux toni-cardiaques habituels et glace sur le cœur ; traitement qui eut un succès complet et laissa à son mari cette femme mère de trois enfants.

Accouchement sous rachianesthésie pour accès éclamptiques. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie ;* Réunion de Lille, Séance du 30 Octobre 1929).

Le 27 Novembre dernier nous avons été amenés à pratiquer un accouchement rapide sous anesthésie rachidienne chez une femme atteinte d'éclampsie et présentant une grossesse gémellaire.

Cette femme fut amenée dans le service de M. le Professeur Bué pour éclampsisme caractérisé par de l'albuminurie, des œdèmes généralisés, céphalée violente combinée à des troubles digestifs : vomissements, douleur épigastrique, constipation.

Agée de 22 ans, sans antécédents pathologiques, cette malade était enceinte pour la première fois et avait été réglée pour la dernière fois du 26 au 29 mars 1928 : Elle se trouvait être enceinte de 7 mois 1/2 environ à son entrée dans le service ; l'utérus apparaissait très gros, le palper était rendu très difficile à cause de l'œdème de la paroi, cependant on percevait une sensation de flot très nette localisée à la moitié supérieure de l'utérus : on

pensait donc à la possibilité d'une grossesse gémellaire bien qu'il fut impossible de sentir aucune partie fœtale ; l'auscultation permettait de découvrir les bruits du cœur fœtal très lointains et assourdis, l'analyse d'urine révélait l'existence de 8 grammes d'albumine par litre. La tension artérielle prise au Pachon était de 20 et 8.

Malgré la saignée, les lavements purgatifs, le chloral, la malade présentait en 3 heures de temps 10 crises d'éclampsie typique. L'œdème prit des proportions étonnantes. Le coma profond dans lequel se trouvait la malade, la répétition des accès convulsifs, l'apparition des contractions utérines avec effacement du col utérin, nous décidaient de terminer l'accouchement sous l'anesthésie rachidienne.

A 19 heures 47, le col étant effacé et la dilatation comme 50 centimes on pratique la rachianesthésie de la manière suivante : ponction rachidienne au moyen d'une aiguille à ponction lombaire ordinaire, à l'endroit classique, abouchement sur l'aiguille d'une seringue chargée de deux centimètres cubes d'une solution de scurocaïne des usines du Rhône, ampoule F dosée à 4 centigrammes par centimètre cube, ce qui fait 8 centigrammes de scurocaïne injectée dans le canal rachidien, on laisse le liquide céphalo-rachidien repousser le piston de la seringue de manière à faire le mélange, on injecte un centimètre cube de ce mélange puis on aspire deux centimètres cubes de L. C. R. et on réinjecte deux centimètres cubes et ainsi de suite : on procède donc par barbotage. Cette injection terminée la malade est mise en décubitus dorsal et dès que l'anesthésie des membres inférieurs est complète, on la place en position obstétricale et on procède à la dilatation du col : dilatation digitale, puis manuelle et enfin bimanuelle. Cette dilatation se fait très aisément sans qu'on ait l'impression de provoquer une effraction du col. La dilatation est complète à 19 h. 59. On procède alors à l'extraction du 1er fœtus, de 2 kgs 230 en présentation du siège, puis on extrait par version par manœuvres internes un second fœtus qui pèse 1 kg. 830.

A la suite de ces interventions, il se produit une hémorragie peu importante qui nous indique de terminer la délivrance que nous faisons par expression de l'utérus.

Le périnée présente une déchirure incomplète due à l'œdème très accusé de cette région.

Les suites de couches devaient être normales : les crises convulsives persistaient avec moins d'intensité et de fréquence durant la première nuit, la température ne dépassait pas 37°6 ; l'albumine diminuait rapidement pour disparaître le 5me jour, la diurèse se rétablissait très bien, la totalité des œdèmes était éliminée le 6me jour et la malade quittait l'hôpital 13 jours après l'accouchement dans un état satisfaisant. L'enfant de 2 kgs 230 était encore vivant au moment de ce départ, celui de 1.830 grammes était mort le lendemain de sa naissance.

Un cas de môle hydatiforme. — (Réunion de Lille du 28 Septembre 1932).

Madame X... primigestante de 24 ans a vu ses dernières règles du 8 au 12 août 1930, et n'accuse aucun des troubles dits sympathiques de la grossesse.

Le 19 Novembre, apparaît, par les voies génitales, un écoulement sanglant très peu abondant, parfaitement indolore et de courte durée.

Le 11 Décembre un médecin consulté pose le diagnostic de grossesse et découvre une albuminurie massive. Peu de jours après cet examen et malgré la mise au régime hypotoxique déchlorure, la malade présente un gros œdème des membres inférieurs, des épistaxis répétées, dont une très abondante.

Le 14 Décembre nous sommes appelés pour examiner cette malade qui, subitement, le matin vers 9 heures, avait perdu du sang par les voies génitales. Nous trouvons alors : un état général satisfaisant, faciès normal mais inquiet, un pouls dur et tendu à 75. Le fond de l'utérus est perçu à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic : utérus régulier dans sa forme qui offre à sa surface des différences de consistance : dur en certains endroits, il est mou en d'autres comme s'il était le siège de contractions localisées. Il n'existe pas de ballottement fœtal, la recherche du flot est négative. L'auscultation ne révèle qu'un gros souffle utérin. Au toucher vaginal le col est

très ramolli, il semble avoir toute sa longueur, l'orifice externe est ouvert et admet facilement le bout de l'index, l'hémorragie persiste sous forme d'un suintement de sang rouge vif et liquide.

L'albuminurie demeure très abondante et nous relevons encore un œdème marqué de la région lombaire et du dos des mains. La tension artérielle prise au Pachon double brassard est de 19 pour la maxima et de 10 pour la minima.

En présence de ce tableau clinique où dominent :

1° Les phénomènes d'intoxication gravidique du type « Eclampsisme » de Bar,

2° Le volume de l'utérus exagéré pour l'âge présumé de la grossesse avec absence de signes fœtaux et de flot, sans contracture du muscle utérin,

3° L'hémorragie utérine,

nous pensons à la possibilité d'une môle éliminant successivement les diagnostics de grossesse gemellaire, d'hydramnios, de placenta proevia, de décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal nous arrêtant de préférence à l'hypothèse de la Môle en raison du volume exagéré de l'utérus, des phénomènes toxiques, de la consistance irrégulière de l'utérus et du gros souffle utérin (signe sur lequel Devraigne et Seguy ont insisté dans une de leurs observations en 1926), symptômes associés à l'absence de signes fœtaux et du phénomène de flot.

Vers 2 heures de l'après-midi une hémorragie importante se déclare, le col étant effacé et dilaté comme 1 franc à la suite de quelques contractions utérines nous décidons de vider l'utérus au plus vite.

Nous procédons à une dilatation digitale du col au cours de laquelle le diagnostic de môle est confirmé par suite de l'apparition de vésicules typiques. Digitalement nous réussissons à extraire une grande quantité de vésicules. A un moment donné les doigts tombent dans une cavité d'où s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique. Cette cavité renferme un fœtus de 3 mois 1/2 environ. La tête de celui-ci est solidement amarrée au moyen d'une pince de Museux et extraite sans trop d'encombre. Ce fœtus est nettement formé et sa mort semble devoir remon-

ter à 24 heures au maximum, à en juger par l'état des téguments. Continuant nos manœuvres nous réussissons à vider complètement la cavité utérine et nous complétons ce curage digital par un curettage très prudent suivi d'un écouvillonnage et d'une révision minutieuse au doigt de la face interne de l'utérus. L'intervention est très bien supportée par la malade qui est anesthésiée à l'éther. L'utérus se rétracte énergiquement et l'hémorragie cesse totalement.

Les suites devaient être très bonnes : apyrexie, involution normale de l'utérus, cessation rapide des troubles toxiques. La convalescente quittait la clinique 12 jours après l'intervention.

Revenue à plusieurs reprises dans le courant de l'année 1931 cette femme ne présenta aucun accident ni du côté utérin, ni du côté ovarien et tout dernièrement, le 20 Septembre 1932, soit 2 ans après sa première grossesse, elle était à nouveau enceinte de six mois, mais cette fois, d'une manière absolument normale.

***

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre :

1° La rareté des môles totales cavitaires embryonnées chez une primigestante.

2° Nous avons eu affaire à une môle encapsulée pour laquelle le traitement par curage et curettage s'est montré suffisant, conservant à cette jeune femme des fonctions génitales parfaites puisque la 2me grossesse, normale, est venue donner la signature d'une guérison complète de la môle qui l'avait précédée.

3° Nous attirons enfin l'attention sur le genre d'intoxication provoquée par cette môle.

Les cas d'intoxication môlaire du type éclampsisme sont infiniment plus rares que ceux du type « vomissements incoercibles ».

Sans vouloir rappeler les notions décrites par Bué et Budin en 1897, et par Blanchart, Domont et Brossart dans leurs thèses en 1896 et 1898, nous remarquerons que classiquement la Môle hydatiforme se complique très souvent de troubles gravidiques toxiques, dont l'ensemble pourrait être étiqueté *hypotensif.* Jeannin a décrit 2 variétés d'intoxication môlaire — la première du type « maladie émétisante » — la seconde caractérisée par une «atteinte grave de l'état général».

Brouha en 1924 a publié à Bruxelles un cas de Môle hydatiforme avec éclampsie et il propose d'adjoindre aux deux variétés d'intoxication môlaire de Jeannin une troisième variété clinique dont la caractéristique serait l'éclampsie. Notre observation avec celle de Herring, publiée à Changhaï en 1924 viendrait à l'appui de la proposition de Monsieur Brouha et nous pourrions dire que la môle, habituellement compliquée de troubles toxiques du type hypotensifs, peut, mais plus rarement, se compliquer d'éclampsisme dont la caractéristique est d'être hypertensive.

Nous nous permettrons encore une remarque : l'évolution clinique des troubles toxiques dans la môle peut être fonction de son âge car classiquement nous savons que la grossesse est hypotensive dans ses 3 ou 4 premiers mois pour devenir hypertensive dans la seconde partie de son évolution, nous ne devons donc pas être étonnés de ce que la môle puisse devenir hypertensive à une époque beaucoup plus précoce que lors d'une grossesse non môlaire.

Césarienne basse pour fracture du bassin. — (Réunion de Lille, du 28 Septembre 1932).

Madame F... Maria, 36 ans, syphilitique avérée, a eu 11 grossesses dont 1 avortement, 4 accouchements prématurés et 2 enfants décédés à 11 et 15 jours, elle a mené 4 grossesses à terme avec enfants manifestement hérédosyphilitiques.

A partir de 1930 le traitement spécifique est mis en œuvre. Le 26 Décembre de la même année, cette femme est victime d'un accident d'automobile qui par écrasement du bassin provoque une fracture des 2 branches du pubis gauche dont les 2 fragments iliaques sont déplacés en dedans vers le centre de l'excavation avec diastasis de l'articulation sacro-iliaque gauche. Soignées dans le service de chirurgie des hospices de Seclin les fractures se consolident avec un raccourcissement notable du membre inférieur gauche.

En septembre 1931 cette femme est enceinte de 4 mois, les dernières règles remontant au 12-15 avril. A l'exploration du bassin par le toucher vaginal nous découvrons que l'excavation pelvienne est partiellement occupée par le cal des fractures ; il existe dans la région pubienne gauche une tumeur allongée verticalement, faisant saillie vers le centre de la cavité pelvienne, épaisse de un centimètre 1/2 environ, d'une dureté osseuse, extrêmement piquante à sa partie supérieure et tranchante sur toute sa portion interne, par ailleurs le bassin est asymétrique aux dépens du côté gauche, le promontoire ni la région de l'articulation sacro-iliaque ne sont accessibles.

Le cal est insuffisamment développé pour obstruer le bassin et rendre l'accouchement impossible par les voies naturelles, mais représente un grand danger pour les parites molles au moment de l'accouchement.

Energiquement traitée par novarsénobenzol pendant les mois qui suivent, cette malade arrive au 8me de sa grossesse dans des conditions normales. A cette époque la tête fœtale commence à appuyer sur le détroit supérieur et nous nous rendons très bien compte que dès les premières contractions du travail cette tête fœtale viendra appuyer fortement sur le pic osseux du bord supérieur du cal pubien, de plus, au cours de sa progression dans l'excavation la pression sur l'arête tranchante du bord interne du cal augmentera encore les dégâts ; nous prévoyons alors la possibilité de grosses lésions de la vessie, du segment inférieur, du vagin et du fœtus lui-même. Nous hospitalisons la malade et, nous inspirant des dégâts des parties molles signalées par Depaul et Killian dans les bassins rachitiques à épines et à arêtes tranchantes nous décidons d'intervenir par voie haute. Mise



au courant de sa situation, la gestante accepte l'opération césarienne mais insiste pour que l'hystérectomie lui soit évitée.

Le travail débute le 30 Décembre vers 15 heures, la grossesse n'est que de 8 mois, mais la tête fœtale menace déjà sérieusement les parties molles en tentant sa descente dans l'excavation. En raison des désidérata de la parturiente nous pratiquons la césarienne basse classique.

Nous intervenons sur un segment inférieur déjà bien formé et nous parvenons à extraire facilement un enfant de 2 kgs 600 mais bien vivant. Nous sommes un peu gênés par le cal osseux de la branche supérieure du pubis qui risque de traumatiser la vessie par son bord tranchant, mais en réclinant celle-ci vers la droite et en décalant la grande valve sus-pubienne du même côté, nous réussissons à nous faire un jour très suffisant pour terminer au mieux les sutures et la péritonisation, nous laissons donc en place l'utérus que cette malade nous avait demandé de lui conserver.

Les suites furent normales, sans réaction ; 17 jours après cette intervention cette femme quittait la maternité en très bon état.

Actuellement, elle-même et toute sa famille sont l'objet d'un traitement spécifique énergique dont chacun s'accommode très bien.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré, césarienne conservatrice. — (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie :* Réunion de Lille du 30 Novembre 1932).

D... Eugénie, primigestante de 24 ans, enceinte de 6 mois 1/2 environ, est prise le 29 septembre vers 11 h. 30, d'une douleur abdominale extrêmement violente suivie de syncope et de symptômes généraux très graves.

Amenée à midi à la maternité de Seclin nous trouvons à l'examen, des symptômes généraux sérieux, pouls quasi imperceptible, faciès tiré, décoloré, qui dépeint une grande douleur et une violente angoisse. Nous notons des déformations rachitiques du squelette, la présence de

quelques tâches purpuriques et de l'oedème des membres inférieurs. L'abdomen est volumineux, on y délimite facilement un utérus dont le fonds remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde ; cet utérus est très dur, d'une dureté ligneuse telle qu'aucune partie fœtale ne peut être perçue, la palpation exaspère les douleurs — l'auscultation fœtale est négative — Le toucher vaginal découvre un col très élevé, ayant encore toute sa longueur et nullement ouvert. Le vagin renferme une très petite quantité de sang noirâtre — le segment inférieur est tendu, dur, offre partout la même épaisseur et la même consistance, aucune partie fœtale n'est accessible. Le bassin est rétréci, il est du type plat, rachitique, de 9 cent. de diamètre promonto sous-pubien.

En présence de ce tableau clinique le diagnostic ne peut pas être hésitant : il s'agit d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré — ce diagnostic est confirmé par l'analyse des urines, prélevées par cathétérisme, qui montre l'existence d'une albuminurie massive.

La laparotomie médiane sous ombilicale est faite à midi 10, soit 40 minutes environ après le tout début des accidents, sous anesthésie générale à l'éther. Nous trouvons : un peu de liquide citrin dans le cul de sac vésico utérin, un utérus anormalement rouge et, juste sous nos yeux, sur la région de l'utérus correspondant à la partie supérieure de l'incision de la paroi, une tâche ecchymotique rouge foncé à contour découpé, sous péritonéale, allongée transversalement, de la surface d'une pièce de un franc environ. L'utérus est alors ouvert dans la région du segment inférieur après décollement du péritoine utérin ; extraction rapide d'un enfant mort de 1.670 grammes, suivie, avant même la section du cordon, de l'expulsion d'un placenta noirâtre (390 gr.). La main pénétrant dans la cavité utérine ramène deux caillots, l'un du volume d'une poire moyenne, l'autre un peu plus gros qu'une noix, caillots d'un rouge foncé non adhérents à la paroi utérine. L'utérus est alors extériorisé et examiné : A part la tâche ecchymotique signalée plus haut nous ne relevons aucune autre altération, la région d'insertion du placenta correspond à la face antérieure de l'utérus, le muscle à ce niveau comme ail-

leurs, est normal quant à la consistance et à l'épaisseur — dans son ensemble l'organe est bien contracté et ne saigne pas.

Nous avons alors l'impression que cet utérus peut être laissé en place en raison de ce qu'il est très peu touché par l'apoplexie et qu'il conserve son aptitude à se rétracter. Nous suturons la brèche utérine en deux plans et péritonisons rapidement en bourse — nous disposons un petit drain et fermons la paroi abdominale en deux plans.

Après l'intervention le pouls est devenu perceptible et bat à 130, l'état général paraît un peu meilleur. Le réveil se fait normalement et l'on met en œuvre tous les toniques habituels.

Pendant les deux premiers jours des suites opératoires la malade donne l'impression d'être choquée, le pouls demeure rapide, la température oscille entre 37°5 et 37°8. Durant les 10 jours suivants, le tableau clinique est celui de l'intoxication avec : céphalée intense, obnubilation intellectuelle, oligurie et apparition d'un œdème dorso-lombaire très marqué, l'albuminurie diminue cependant tous les jours — la malade est soumise à un régime hypotoxique déchloruré et le transit intestinal reprend normalement ; nous assistons à partir du 13me jour à une amélioration notable de l'état général avec disparition de l'albuminurie, le 14me jour est marqué par une diurèse abondante qui vide les oedèmes et fait disparaître les phénomènes toxiques en 48 heuresè Le pouls descend progressivement à 80, la courbe de température marque un petit clocher à 38° le 8me jour, puis se maintient entre 36°8 et 37°5 les jours suivants. L'écoulement lochial demeure exagéré pendant 18 jours mais sans caractère particulier. Le drain est enlevé le 6me jour. Le 20me jour l'utérus est du volume d'une petite poire, parfaitement mobile, non douloureux, le col est refermé. Le 22me jour la femme quitte le service présentant un état de santé très satisfaisant.

Nous attirons l'attention dans cette observation sur quelques points :

1° La netteté du tableau clinique qui correspond à la description classique de l'hémorragie rétro-uté-

rine liée à l'existence d'une auto-intoxication gravidique.

2° L'intensité et la brutalité des phénomènes toxiques qui, d'emblée, se manifestent par une complication redoutable sans troubles prodromiques du type « éclampsisme » de P. Bar.

3° La persistance de l'intoxication pendant les 14 premiers jours des suites opératoires indique une atteinte profonde, mais heureusement passagère, des fonctions hépato-rénales.

4° La précocité de l'intervention par rapport au début de l'accident nous a valu, probablement, de pouvoir conserver un utérus exposé à l'apoplexie.

5° La césarienne conservatrice n'est pas indiquée dans ces cas d'apoplexie utéro-placentaire. Lévy Solal dans sa thèse, MM. Couvelaire, Brindeau, Metzger, insistent sur la nécessité de faire l'hystérectomie. Nous nous étions engagés avec l'intention de pratiquer cette opération mais, en raison de l'état anatomique de l'utérus et de la persistance d'une excellente rétraction de l'organe qui se montrait suffisante à assurer les « ligatures vivantes », nous avons conservé à cette jeune femme l'espoir de maternités futures.

6° Nous remarquons enfin, au point de vue social, l'utilité des maternités de petite ville, qui, bien outillées et bien organisées, permettent des interventions précoces dans de bonnes conditions chirurgicales, capables de sauver des situations presque désespérées lorsqu'elles se produisent loin d'établissements susceptibles de les soigner avec efficacité.

———

Imp. G. SAUTAI
— Lille - Paris —
Talence-Bordeaux

MEMOIRES ORIGINAUX

